

Ⅱ 補装具費支給意見書(聴覚障害用)作成のポイント

1 補装具費支給制度における補聴器

(1) 補装具費支給対象となる補聴器の種類・基準額

厚生労働省の告示に記載されている補聴器の種類は、表3のとおりです。それぞれについて、基準額（購入等に要する費用の額の上限）が定められています。

表3 補聴器の種類、基準額、耐用年数

種目	名称	基本構造	付属品	基準額	耐用年数	備考
補聴器	高度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB未満のもの。	電池 イヤモールド	41,600	5	下 記 参 照
	高度難聴用 耳かけ型	②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が130dB 未満のもの。		43,900		
	重度難聴用 ポケット型	次のいずれかを満たすもの。 ①JIS C 5512-2000による。90dB 最大出力音圧のピーク値の表示 値が140dB以上のもの。	電池 イヤモールド	55,800		
	重度難聴用 耳かけ型	②JIS C 5512-2015による。90dB 入力最大出力音圧レベルの最大 値（ピーク値）の公称値が130dB 以上のもの。		67,300		
	耳あな型 (レディメイド)	高度難聴用ポケット型及び高度 難聴用耳かけ型に準ずる。	電池 イヤモールド	87,000		
	耳あな型 (オーダーメイド)	ただし、オーダーメイドの出力制 限装置は内蔵型を含むこと。	電池	137,000		
	骨導式 ポケット型	IEC 60118-9(1985)による。90デ シベル最大フォースレベルの表 示値が110dB以上のもの。	電池 骨導レシーバー ヘッドバンド	70,100		
	骨導式眼鏡型		電池 平面レンズ	120,000		

「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」
別表（最終改正 令和3年3月31日 厚生労働省告示第145号）

（備考）

- 価格は電池、骨導レシーバー又はヘッドバンドを含むものであること。
- 身体の障害の状況により、イヤモールドを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- ダンパー入りフックとした場合は、240円増しとすること。
- 平面レンズを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を、また、矯正用レンズ又は遮光矯正用レンズを必要とする場合は、眼鏡の修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- 重度難聴用耳かけ型でFM型受信機、オーディオチューン、FM型用ワイヤレスマイクを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
- デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算すること。

(2) 意見書の流れ

以下の流れで支給手続きが進みます。

ア 補装具費の申請

申請者が区市町村の補装具担当へ補装具費の申請を行います。

イ 意見書作成

区市町村は、判定等が必要であることを確認した上で、申請者に意見書の用紙を渡します。

申請者が意見書を持って受診します。

指定医は、補聴器の必要性および補聴効果が認められる場合に、「2 支給対象となる補聴器の適応の考え方」に基づき意見書を作成します。

ウ 意見書の提出

申請者が意見書を区市町村に提出します。

意見書の内容に基づき以下の流れとなります。

高度難聴用（片耳） → 区市町村が支給決定

高度難聴用（両耳）
重度難聴用
耳あな型
骨導式

→ 区市町村がセンターに意見書等を送付し、
センターが書類判定

エ 区市町村が支給を決定

オ 補装具の製作・引き渡し

2 支給対象となる補聴器の適応の考え方

(1) 高度難聴用と重度難聴用

高度難聴用、重度難聴用の対象者は、基本構造の違いから、以下のように考えます。

高度難聴用：装用耳の平均聴力レベルが約90 dB未満

重度難聴用：○装用耳の平均聴力レベルが約90 dB以上

○装用耳の平均聴力レベルが90 dB未満であっても、
障害状況から高度難聴用では利得が不足する場合*⁸

- * 8 障害状況から高度難聴用では利得が不足する場合とは、例えば、混合難聴で気骨導差が顕著であり、高度難聴用では利得が不足することが確認できている場合などがあります。「語音明瞭度が低い」という理由は、重度難聴用が必要な理由として認められません。

(2) ポケット型と耳かけ型

補装具費の支給対象となる補聴器の種類は、原則としてポケット型か耳かけ型となります。ポケット型か耳かけ型かについては、本人の利便性、操作のしやすさ、希望などから、どちらの型にするのか本人と相談の上、選択してください。

参考までに、ポケット型のほうが適当である場合の具体例を以下に示します。

- ・本人の生活状況から、耳かけ型では装用が困難であることが考えられる。
例. 横になっていることが多く、耳かけ型ではマイク部分が枕に近くなるため、ハウリングが生じる。
- ・耳介の変形等で耳かけ型が装用できない。
- ・ポケット型のほうが操作しやすい。

(3) 耳あな型

補装具費支給事務取扱指針では、耳あな型の対象者は、以下のように記載されています。

ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。
特に、オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。

耳あな型は、**以下の2つの要件をすべて満たす場合**に適応があると判断します。

【要件1】

職業上、身体上等の理由により、ポケット型および耳かけ型のいずれの装用も困難で、真に必要なこと。

参考)「ポケット型および耳かけ型のいずれの装用も困難」である例

- ・耳介がないため耳かけ型が装用できず、かつポケット型の使用も困難である場合

参考) 耳あな型が必要な理由として不十分な例

- ・これまで長年耳あな型を装用しており、耳あな型に慣れている。
- ・眼鏡をかけている。
- ・マスクをつける。
- ・耳かけ型では落ちやすい。
- ・汗をかきやすい。

耳かけ型およびポケット型が、本人の職業状況や身体状況から鑑みて、物理的に安定して装用ができないという条件が必要です。利便性や外見上の問題では、耳あな型の必要な要件とは認められません。

【要件2】

耳あな型による補聴効果が認められること。

耳あな型は、一般的に耳かけ型・ポケット型に比べハウリングが起きやすいため、出力に限界があります。補聴器の進歩により、高出力の耳あな型補聴器も増加してはいるものの、装用耳の平均聴力レベルが90dB以上の場合には、ハウリングを起こさずに本人に必要な利得が確保できるのかどうか、検討が必要です。聴力によっては、耳あな型では十分に補聴効果が得られない場合があります。

(4) 骨導式

補装具費支給事務取扱指針では、骨導式の対象者は、以下のように記載されています。

伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、
かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

骨導式は、**以下の3つの要件をすべて満たす場合**に適応があると判断します。

【要件1】

伝音難聴または混合難聴であること。

【要件2】

外耳道閉鎖や著しい耳漏等で耳かけ型、ポケット型、耳あな型が使用できない場合。

【要件3】

骨導式により補聴効果が認められること。

<骨導式を選択する際に注意する点>

- ①骨導聴力が良いという理由のみでは、補装具費支給制度での骨導式の対象者に該当しません。
- ②障害者総合支援法での補装具費の支給は、障害状況が固定した場合の支給と考えます。そのため、治療段階での一時的な支給は認められません。例えば、一時的に耳漏がありイヤモールドや耳栓が使えず、耳漏が治まるまでの期間に限り骨導式補聴器を装用するという場合は、支給は認められません。
- ③骨導式ヘッドバンド型補聴器は、特例補装具の扱いとなります。したがって、18歳以上の方で骨導式ヘッドバンド型を希望する場合は、意見書を作成せず、センターで来所判定を行います。

(5) 補聴器の個数・装用耳

補装具費の支給対象となるのは、原則として一人1個です。原則として、より補聴効果の高い良聴耳への支給となります。両耳に補聴器を装用するために補聴器の2個支給を希望する場合は、2個支給が必要かどうかの判断が必要となります。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

2個支給（両耳への支給）は、**以下の3つの前提条件をすべて満たし**、かつ、**職業上、教育上、障害上の理由が具体的にある場合**に、適応があると判断します。

【前提条件】

- ①本人が両耳装用を希望していること。
- ②両耳とも補聴器の装用が可能であること。
- ③両耳装用による補聴効果が、片耳装用の場合と比べて高いこと。

職業上、教育上、障害上の理由の具体例を以下に示します。

【職業上】

- ・危険回避のため。
- ・ことばの聞き取りの改善のため。
例. 建築現場、運転業務等（宅配の仕事を中心としている等）に従事しているため、常にいろいろな方向からの安全確認が必要である。
例. 講師、教員等で全体の様子を常に把握する必要がある。
例. 会議等が多く、両耳装用のほうが片耳装用に比べ円滑に仕事が進む。
例. 営業や販売業等で接客が多く、片耳では聞き取りが困難で聞き返しが多く、あるいは聞き間違いが多くなり、仕事上、支障がある。

【教育上】

- ・現在、学校教育を受けており、両耳装用による補聴が必要である。

【障害上】

- ・語音明瞭度が低く、片耳装用より両耳装用の方が明らかに明瞭度が改善する。

実際に両耳装用することで、片耳装用よりも会話の疎通性が良く、
ことばの聞き取りの改善が認められることを確認してください。
方法：音場での語音明瞭度検査（スピーカーあるいは肉声）など

- ・視覚障害があり、日常生活上、聴覚から得られる情報に大きく依存している。
- ・幼少時から現在にいたるまで継続して（中断することなく）両耳装用しており、片耳装用に変更すると十分な効果が得られない。

(6) 専門的知識・技能を有する者による調整

平成30年度から、デジタル式補聴器で、専門的知識・技能を有する者による調整を行った場合には、2000円を加算することとなりました。

意見書の「専門的知識・技能を有する者による調整」が「要」とされ、デジタル式補聴器で、専門的知識・技能を有する者（補装具事業者の認定補聴器技能者又は言語聴覚士）が調整を行った場合は、2000円が加算されます。

(7) 補聴システム（受信機、ワイヤレスマイク）

東京都の場合、18歳以上で補聴システムの支給を希望する場合は、センターに直接来所しての判定が必要となります（令和3年度現在）。このため、18歳以上の方の意見書に補聴システムの処方を記載していただくことはありません。

補聴システムは、**以下の3つの要件をすべて満たす場合**に適応があると判断します。

【要件1】

主な生活場面（教育上または職業上）で補聴システムが必要であること。

例. 職場で会議が頻繁にあり、自分の席と離れたところにいる発言者の話を、補聴システムを使うことによって聞きとる必要がある。

大学の講義で、教員の声を、補聴システムを使うことによって周囲の雑音に遮られず聞きとる必要がある。

【要件2】

ワイヤレスマイクを使用する環境が整っていること。

例. 職場や大学などで、話し手がワイヤレスマイクを使用することが可能である。

【要件3】

補聴システムの使用効果があること。

実際に使用したい場面で試聴して、補聴システムの効果を確認できている。

補装具費支給意見書（聴覚障害用）様式の見本

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	区・郡市		町村	丁目	番	号	（方）
生年月日	年	月	日生	（	歳）		
身体障害者手帳	聴覚障害（ ）級		総合等級（ ）級		年	月	日交付・申請中
前回の判定	年	月	高度難聴用*1ポケット型	高度難聴用*1耳かけ型	その他	右・左・片・両	
今回の希望	新規・装用耳を変更したい（右・左・両耳を⇒右・左・両耳に）		補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に		その他（ ）		

（*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用）

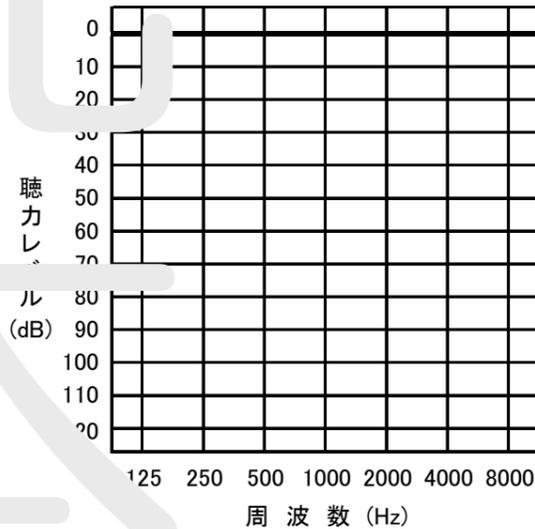
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類 (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。

伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモールド不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。

※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。

※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。

※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レディメイドの場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給 (両耳への支給) が必要な理由および具体的効果

2個支給 (両耳への支給) が必要な理由	職業上	教育上	障害上
両耳装用の経験 装用 (試聴) 機種 ★	現在装用	過去に装用	試聴済/試聴中・試聴なし 右 () 左 ()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり (片耳装用 % → 両耳装用 % に向上) ・ なし	検査語表: 57s ・ 67s ・ その他 ()	

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的状況があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

(3) 装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種 (★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

年 月 日

医療機関名
診療担当科
電話
FAX

医師名

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和3年4月から

補装具費支給意見書（聴覚障害用）【チェックポイント】

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者にご相談ください。

氏名	区・郡市		生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	区・郡市	町村	丁目	番 号
身体障害者手帳	聴覚障害 () 級	総合等級 () 級	年 月 日交付	申 出
前回の判定	高度難聴用*1ポケット型 年 月	高度難聴用*1耳かけ型 年 月	その他 ()	右・左
今回の希望	新規・装用耳を変更したい (右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳) 補聴器の処方を変更したい (高度難聴用を重度難聴用に ・ その他			

この欄は、ご本人の希望等を指定医に伝えるための記入欄です。ご本人に記入していただきますが、もし空欄のまま持参された場合は、お手数ですがわかる範囲でご記入ください。

(* 1 旧標準型、* 2 旧高度難聴用)

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

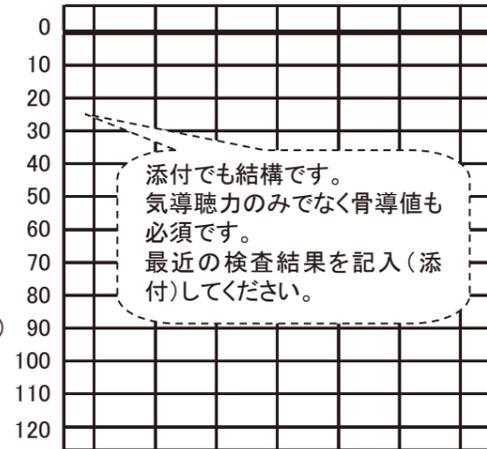
1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類 **必ずいずれかに○をつけてください。** (4) オーディオグラム (別紙添付可) ※骨導値必須。
伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況 **必ず記載してください。**



平均聴力レベルは必須です。語音明瞭度は可能なかぎりご記入ください。



添付でも結構です。気導聴力のみでなく骨導値も必須です。最近の検査結果を記入(添付)してください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	() dB	() dB
最良語音明瞭度	() dB	() dB

原則として2の中から選択します。2で使える補聴器がない場合に、3から選択します。

必ず記入が必要です。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

補聴器の種類	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以上)		装用耳	イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。

すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で

すでに片耳に支給を受けている方が、反対側の耳にも補聴器を希望する場合は、今回片耳のみの支給であっても改めて両耳(2個支給)の判定を受ける必要があります。両耳に○をつけていただき、さらに、4の①の理由欄に、2個支給の理由を記入してください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールドの可否を選択してください。

※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。

※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

補聴器の種類	耳あな型 (身体上・職業上の理由で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しい又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型・骨導式の場合のみ記入)	専門的知識・技能を有する者による調整
	イヤモールド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要	要

【A】欄は1個希望のときに記入。

2個支給(両耳への支給)の処方のときは、【B】欄及び4(1)の記入も必須になります。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

※次の(1)から(4)の場合には、2個支給(両耳への支給)の処方の場合は必須

(1) 2個支給(両耳への支給)が必要な理由

2個支給(両耳への支給)が必要な理由	職業上	教育上	障害上
両耳装用の経験 装用(試聴)機種★	現在装用	過去に装用	試聴済/試聴中・試聴なし
両耳装用による語音明瞭度の向上★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり(片耳装用 % → 両耳装用 % に向上)	なし	なし

※語音明瞭度検査結果以外で両耳装用の効果を示す具体的な状況

例) 診察時の会話の聴取は、片耳・両耳でどのように違うか。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由および具体的効果

耳あな型・骨導式の処方の場合は必須

(3) 装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果

90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用の処方の場合は必須

これまで装用していた補聴器	機種(★) () ・ 機種不明 ・ 使っていない
補聴器の試聴経験	重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

原則は、より補聴効果の高い良聴耳側が支給対象になります。

5 特記事項

【A】欄は1個希望のときに記入。

2個支給(両耳への支給)の処方のときは、【B】欄及び4(1)の記入も必須になります。

以上のとおり、障害者総合支援法

作成日の記入漏れのないようお願いします。

年 月 日

医師名
専科
電話
FAX

医師名

難病患者等の場合で、指定医以外の専門医が作成する場合
(学会 専門医)

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能で

令和3年4月から

補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成における留意点

意見書作成時に、現在の障害状況（平均聴力レベルおよび最良語音明瞭度の数値）が、身体障害者手帳の6級以上に該当することをご確認ください。なお、身体障害者手帳6級以上に該当しない場合は、意見書を作成しないで、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類

必ず○をつけてください。

(2) 鼓膜の状況

必ずご記入ください。鼓膜に特に所見が認められない場合も、その旨をご記入ください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

ア 平均聴力レベル（4分法）は、必ずご記入ください。

イ 語音明瞭度検査が実施可能な場合は、なるべく検査を行い、結果をご記入ください。

(4) オーディオグラム

ア オーディオグラムは病院でお使いの用紙を添付されてもかまいません。

イ 気導聴力の結果だけでなく、骨導聴力の結果も必ずご記入ください。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器およびイヤモールド】

(1) 障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個です。片耳に支給が必要な場合には、【A】1個目の欄に○をお書きください。

(2) 教育上、職業上、障害上の理由から、2個支給（両耳への支給）が必要と判断される場合は、【A】1個目と【B】2個支給用の欄の両方に○をお書きください。また、必ず「4(1)2個支給（両耳への支給）」が必要な理由および具体的効果欄にその理由をご記入ください。

(3) イヤモールドの欄も、必ずご記入ください。イヤモールド不要を選択する場合は、その理由をお書きください。

(4) 「専門的知識・技能を有する者^(注1)による調整」の欄も、必ずご記入ください。

(注1) 平成30年厚生労働省告示第121号により、「専門的知識・技能を有する者による調整」に関して補装具費の基準に追加されました。「専門的知識・技能を有する者」とは、補装具事業者の言語聴覚士又は認定補聴器技能者とされています。

(5) 「高度難聴用」・「重度難聴用」の選択

装用耳の聴力レベル（気導・骨導）等から判断します。原則として平均聴力レベルが90dB未満を高度難聴用補聴器、90dB以上を重度難聴用補聴器^(注2)とします。

(注2) 障害者総合支援法における「重度難聴用」を名称とする補聴器は、①JIS C 5512-2000による90dB最大出力音圧レベルのピーク値が140dB SPL以上のもの、② JIS C 5512-2015による90dB入力最大出力音圧レベルのピーク値が130dB SPL以上のもののいずれかをいいます。

そのため、装用耳の平均聴力レベルが90dB未満で重度難聴用、または装用耳の平均聴力レベルが90dB以上で高度難聴用を選択する場合には、必ず「4(3)装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由および具体的効果」欄にご記入ください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合

補装具費の支給対象となる補聴器の種類は、原則として耳かけ型かポケット型です。それ以外の補聴器を必要とする場合は、次のような適応の考え方をもとに判断してください。

	補装具費支給制度での適応の考え方
耳あな型	耳あな型の支給対象者は、 <u>身体上、職業上等の理由で、ポケット型も耳かけ型も使用できず、真に耳あな型が必要な方</u> です。 厚生労働省が告示する補装具費支給基準に定められている耳あな型の性能は、高度難聴用に準じるとされていますので、 <u>原則として装用耳の平均聴力レベルが90dB未満の方が適応^(注3)</u> です。
(次頁へ)	(注3) ただし、耳あな型オーダーメイド補聴器で重度難聴用に相当する性能のものが製作できる場合がありますので、平均聴力レベル90dB以上で耳あな

(前頁から)	<p>型を必要とする場合、必ず耳あな型が装用可能かどうか（ハウリングなしに十分な利得を得られるかどうか）を確認した上でお書きください。</p> <p><u>現在耳あな型を装用している、あるいは眼鏡装着のため耳あな型が必要であるという理由のみでは、耳あな型が真に必要な理由としては認められません。</u></p> <p>以下に、耳かけ型・ポケット型が装用できない理由の例をお示しします。</p> <p>①身体上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳介変形のため、耳かけ型を耳にかけることができない（変形の状態を具体的に記述）、など <p>②職業上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、ヘルメットの形状や実際に耳かけ型を試した状況から、耳かけ型では装用できないことを確認している、など
骨導式	伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しいため、または外耳道閉鎖症などを有するため、耳栓やイヤモールドの使用が困難であること

※FM型や上記表にない特殊な補聴器が必要な場合には、意見書を作成される前に、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

4 補聴器を必要とする理由および具体的効果

次の(1)～(4)の場合には、必要な理由および具体的効果を、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給（両耳への支給）を選択した場合

職業上、教育上、障害上の理由が必要です。あてはまる理由に必ず○をつけてください。

両耳装用の経験、装用機種（★）、両耳装用によってどのような効果が具体的に認められるかを確認した上でお書きください。

現在両耳装用でない場合や、職業上、教育上の理由がなく、障害上、語音明瞭度が低い片耳では十分コミュニケーションが確保できないことを理由に両耳装用を必要とする場合は、片耳装用と両耳装用を比較した結果（片耳および両耳に補聴器を装用した状態での語音明瞭度★）を、可能なかぎりご記入ください。

(2) 耳あな型・骨導式の補聴器を選択した場合

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用を選択した場合

これまでに装用していた補聴器の機種（★）、重度難聴用または高度難聴用補聴器の試聴経験の有無および機種（★）、必要とする音響利得をお書きください。なお、補聴器を試聴した場合には、補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図および調整状態がわかる資料を可能なかぎり添付してください（★）。

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる**補聴器の個数は、原則1個です**。そのため、より補聴効果の高い良聴耳側が補聴器の支給対象となります。あえて、聴力レベルの重い側を装用耳として選択した場合には、その理由を具体的にお書きください。

5 特記事項

補聴器の支給に関して、何かご意見がございましたらお書きください。

6 その他

ア 意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

イ 18歳以上のかたの補装具費支給（補聴器）については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センター*が判定を行います（高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村が判断して支給することができます）。

（*身体障害者更生相談所）

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター
 障害認定課 身体障害担当
 TEL 03-3235-2965
 FAX 03-3235-2959